

Avec Sabine HANS,
Secrétaire Générale de l'Association Nationale Catholique du Nursing, Belgique

LE DIAGNOSTIC INFIRMIER : UN ESPOIR POUR LA PROFESSION ?

Mémoire présenté en-vue de l'obtention du grade de Licenciée
en Sciences Médico-Sociales et Hospitalières (1994) (Belgique)

Un mouvement de pensée particulièrement en vogue Outre-Atlantique, à savoir le Diagnostic Infirmier, a fait son entrée en Belgique au début des années 1990.

*
* *

Une revue de la littérature met en évidence qu'un langage particulier y est souvent associé :

- Le diagnostic infirmier développe un champ de compétences spécifiques infirmières appelé dans certains cas rôle propre ou rôle autonome.
- Il est souvent identifié comme un facteur d'autonomie professionnelle, voire d'identité professionnelle.
- Il est également présenté comme une réponse possible à la crise d'identité que traversent les infirmières.

En effet, rappelons-nous à ce propos que de 1988 à 1992, la pénurie d'infirmières a atteint des proportions inquiétantes tant en Europe qu'Outre-Atlantique et qu'un mouvement sans précédent a agité ces professionnels en quête de reconnaissance sociale et économique.

L'analyse des différents concepts associés au diagnostic infirmier permet de comprendre :

- les liens qui existent entre eux,
- la place du diagnostic infirmier face à ces concepts, et
- l'enjeu des diagnostics infirmiers qui est la définition du Savoir Infirmier.

OBJET DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour objet d'identifier *les freins à l'appropriation du diagnostic infirmier par le personnel infirmier hospitalier*.

En effet, le développement de compétences spécifiques infirmières ne peut être pertinent qu'à condition de

rencontrer l'approbation du public-cible auquel il s'adresse, à savoir les infirmier(ère)s.

Il semble donc évident que la construction d'un champ de compétences spécifiques infirmières, via le diagnostic infirmier, ne peut faire l'économie d'une analyse rigoureuse des représentations des praticiens de l'art infirmier à ce propos.

Par représentation, on entend :

un pré-savoir implicite, une manière a priori de concevoir les choses, une image de la réalité vécue⁽¹⁾.

L'analyse des représentations constitue donc l'objet de ce travail.

L'hypothèse générale est la suivante : le diagnostic infirmier, par sa contribution au développement d'un champ de compétences spécifiques infirmières, comporte des freins à son appropriation par le personnel infirmier hospitalier.

POPULATION DE RÉFÉRENCE

La population de référence de départ est constituée par l'ensemble des personnes ayant assisté au séminaire Initiation au Diagnostic Infirmier organisé par l'Association Catholique du Nursing (ACN) entre le 1^{er} janvier 1993 et le 28 février 1994, soit un total de 119 personnes.

POPULATION DE RÉFÉRENCE DÉFINITIVE

La population de référence de départ s'est vue réduite à 82 personnes.

1. MERSCH S., VANTURENHOUDT, in POLET-MASSET A.M., *Pasport pour l'autonomie*, Editions Lamarre, Paris, 128 pp., p. 23.

R ENCONTRE

LE DIAGNOSTIC INFIRMIER : UN ESPOIR POUR LA PROFESSION ?

Certaines **variables** peuvent s'avérer **significatives** quant à l'identification des freins par le personnel infirmier hospitalier.

Les variables retenues sont les suivantes :

1. **Fonction** : infirmière
▪ infirmière-chef

2. Ancienneté professionnelle

Celle-ci est distincte pour les deux groupes sur base de leur profil différent.

— Pour les infirmières, on retiendra la variable dichotomique de ≤ 5 ans : en effet, divers travaux mettent en évidence que l'expertise professionnelle ne s'acquiert qu'après environ 5 ans de travail.

A ce moment précis, la personne ne dépend plus du raisonnement conscient pour passer de la compréhension d'une situation à la prise de décision.

— Pour les infirmier(ère)s-chefs, on retiendra la variable dichotomique de ≤ 11 ans : en effet, une circulaire ministérielle de 1982 invite les directions d'écoles d'infirmier(ère)s à introduire la tenue du dossier infirmier (en ce y compris la démarche en soins infirmiers sur base d'un modèle conceptuel). Et donc en 1983, toute infirmière diplômée est sensée avoir reçu cet enseignement favorisant l'apprentissage du diagnostic infirmier.

3. Projet institutionnel

Cette variable est retenue comme critère de différenciation. En effet, 59 personnes ont suivi le séminaire à l'initiative de la direction du département infirmier.

4. Formation complémentaire

26 personnes ont suivi une formation complémentaire de type cadre ou licence.

Diverses personnes sont **rejetées** de la population de référence de départ, sur base des variables : lieu de travail, fonction et qualification.

- Les personnes n'exerçant pas leurs activités en milieu hospitalier,
- les personnes ayant une fonction autre que celle d'infirmier(ère) ou d'infirmier(ère)-chef,
- les personnes n'ayant pas acquis leur qualification d'infirmier(ère) gradué(e) ou breveté(e).

Les 82 personnes faisant partie de la population de référence définitive peuvent être classées comme suit.

Répartition des 36 infirmier(ère)s praticien(ne)s de la population de référence définitive en fonction des variables « ancienneté professionnelle », « formation complémentaire » et « projet institutionnel »

Infirmier(ère)s praticien(ne)s n = 36				
	Ancienneté professionnelle < à 5 ans		Ancienneté professionnelle > ou = à 5 ans	
	P.I.	Pas de P.I.	P.I.	Pas de P.I.
F.C.	1	0	2	1
Pas de F.C.	4	3	16	9

P.I. : Projet institutionnel

Pas de P.I. : Pas de projet institutionnel

F.C. : Formation complémentaire de type cadre hospitalier ou licence en sciences hospitalières

Pas de F.C. : Pas de formation complémentaire

Répartition des 46 infirmier(ère)s-chefs de la population de référence définitive en fonction des variables « ancienneté professionnelle », « formation complémentaire » et « projet institutionnel »

Infirmier(ère)s praticien(ne)s n = 46				
	Ancienneté professionnelle < à 11 ans		Ancienneté professionnelle > ou = à 11 ans	
	P.I.	Pas de P.I.	P.I.	Pas de P.I.
F.C.	7	1	14	0
Pas de F.C.	2	2	13	7

P.I. : Projet institutionnel

Pas de P.I. : Pas de projet institutionnel

F.C. : Formation complémentaire de type cadre hospitalier ou licence en sciences hospitalières

Pas de F.C. : Pas de formation complémentaire

L'hypothèse générale est par conséquent sous-tendue par les quatre hypothèses suivantes :

- certains freins seront communs aux deux groupes étudiés (infirmier(ère)s, infirmier(ère)s-chefs) ;
- certains freins seront spécifiques à chacun des groupes étudiés (infirmier(ère)s, infirmier(ère)s-chefs) ;
- un projet institutionnel d'introduction du diagnostic infirmier peut être significatif quant à l'appropriation du diagnostic infirmier ;
- certaines variables personnelles (ancienneté professionnelle, formation complémentaire) peuvent être significatives quant à l'identification des freins par les individus approchés dans cette analyse.

Présentation de l'échantillon

A partir de la population de référence définitive, un **échantillon est tiré au hasard**. La taille de l'échantillon est fixée à 8 personnes par groupe et vise à avoir une personne maximum par variable retenue.

Fixée à 16, la taille de l'échantillon s'est vue réduite à 14 au vu de l'absence de représentation dans la population de référence définitive.

l'échantillon est donc composé de :

- 7 infirmier(ère)s,
- 7 infirmier(ère)s-chefs,
- auquel a été ajouté un groupe de
- 6 personnes-ressources.

En effet, il semblait intéressant dans le cadre de cette recherche de faire appel à des personnes connues pour leur intérêt pour le sujet de par leurs conférences ou leurs publications.

Le tableau ci-après montre la répartition de 7 infirmier(ère)s en fonction de trois variables retenues :

- ancienneté professionnelle,
- projet institutionnel,
- formation complémentaire.

Répartition des 7 infirmier(ère)s praticien(ne)s de la population de référence définitive en fonction des variables « ancienneté professionnelle », « formation complémentaire » et « projet institutionnel »

Infirmier(ère)s praticien(ne)s n = 7				
	Ancienneté professionnelle < à 5 ans		Ancienneté professionnelle > ou = à 5 ans	
	P.I.	Pas de P.I.	P.I.	Pas de P.I.
F.C.	1	0	1	1
Pas de F.C.	1	1	1	1

P.I. : Projet institutionnel

Par de P.I. : Pas de projet institutionnel

F.C. : Formation complémentaire de type cadre hospitalier ou licence en sciences hospitalières

Pas de F.C. : Pas de formation complémentaire

Il faut noter l'absence de représentation dans la case :

- ancienneté professionnelle < 5 ans, sans projet institutionnel,
- avec formation complémentaire.

Le tableau ci-après montre la répartition des infirmier(ère)s-chefs en fonction des trois variables retenues.

Répartition des 7 infirmier(ère)s-chefs de la population de référence définitive en fonction des variables « ancienneté professionnelle », « formation complémentaire » et « projet institutionnel »

Infirmier(ère)s praticien(ne)s n = 7				
	Ancienneté professionnelle < à 11 ans		Ancienneté professionnelle > ou = à 11 ans	
	P.I.	Par de P.I.	P.I.	Pas de P.I.
F.C.	1	1	1	0
Pas de F.C.	1	1	1	1

P.I. : Projet institutionnel,

Pas de P.I. : Pas de projet institutionnel

F.C. : Formation complémentaire de type cadre hospitalier ou licence en sciences hospitalières

Pas de F.C. : Pas de formation complémentaire

Il faut également noter l'absence de représentation dans la case :

- ancienneté professionnelle >= 11 ans,
- sans projet institutionnel,
- avec formation complémentaire.

Le groupe des personnes-ressources, quant à lui, est composé de :

- une directrice de département infirmier de Belgique,
- trois enseignants-chercheurs provenant de Suisse, de France et du Canada,
- deux médecins-psychiatres de Belgique.

RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Le recueil et le traitement des données sont liés étroitement à la **théorie des rôles**.

En effet, le **développement** et l'**approfondissement** de cette théorie permettent de construire une **procédure d'analyse des rôles infirmiers**, et ce selon deux axes :

LE DIAGNOSTIC INFIRMIER : UN ESPOIR POUR LA PROFESSION ?

— d'une part, le **statut** des praticiens de l'art infirmier tel que défini dans l'AR du 20.12.1974 ⁽²⁾ et complété par l'AR du 18.06.1990 ⁽³⁾

— et d'autre part, les **représentations des rôles** (prescrits, joués, souhaités et attendus).

Le statut défini dans la loi de 1974 permet d'identifier trois rôles infirmiers :

— **le rôle dépendant**, d'exécution des prescriptions médicales,

— **le rôle interdépendant**, de collaboration à l'établissement du diagnostic et du traitement par le médecin,

— **le rôle indépendant**, dans les prestations techniques infirmières et dans la prise en charge globale du patient pour l'aider à maintenir, promouvoir ou restaurer sa santé ou l'aider dans son agonie.

Le second axe est celui des **représentations de rôles**.

— Les représentations des rôles **prescrits** reflètent la conception personnelle qu'ont les individus de la conduite à tenir dans le cadre de leur statut.

— **Le rôle joué** est la façon dont un individu se comporte dans son rôle. L'observation des rôles joués dépassant les limites de l'enquête, ce travail porte sur les représentations des rôles joués.

— Le **rôle souhaité** symbolise le désir d'un individu d'occuper une position spécifique dans un groupe.

— **Les représentations des rôles attendus** peuvent se définir comme étant : « les autres attendant de moi un rôle particulier ».

On peut donc identifier, sur base de cette procédure d'analyse des rôles, l'écart entre les rôles prescrits et

- les représentations des rôles prescrits,
- les représentations des rôles joués,
- les représentations des rôles souhaités,
- les représentations des rôles attendus.

Cependant, afin de ne pas s'enfermer dans la théorie des rôles et obturer un champ de recherche, une rubrique **divers** est laissée ouverte.

2. AR n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'art de guérir, à l'art de soigner! aux professions paramédicales et aux commissions médicales provinciales.

3. AR du 18 juin 1990 relatif à la liste des prestations techniques et des actes médicaux pouvant être confiés par un médecin à un praticien de l'art infirmier.

Procédure d'analyse des rôles

Rôles prescrits	Représentation des rôles prescrits	Représentation des rôles joués	Représentation des rôles souhaités	Représentation des attentes de rôles
Rôle dépendant				
Rôle interdépendant				
Rôle indépendant				
Divers				

TECHNIQUE DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT DE DONNÉES

Cette étude adopte volontairement une **démarche qualitative** faisant appel à une **méthode semi-directive**, à savoir **l'entretien semi-dirigé**.

Un guide d'entretien a été ainsi élaboré et testé à quatre reprises.

Cette démarche qualitative fait également appel à l'analyse **qualitative du contenu des entretiens**.

PRÉSENTATION, ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Cette étude comporte, outre une analyse qualitative, une **analyse générale quantitative** des unités de signification (à savoir un mot, une phrase, un paragraphe représentant une idée).

A priori, il semblait intéressant de visualiser la distribution des unités de signification au sein des divers thèmes et catégories.

Le tableau de distribution des 851 unités de signification montre l'explosion du thème « divers ».

Distribution des 851 unités de signification

Rôles prescrits	Représentation des rôles prescrits	Représentation des rôles joués	Représentation des rôles souhaités	Représentation des attentes de rôles
Rôle dépendant	26	27	13	12
Rôle interdépendant	19	15	20	5
Rôle indépendant	38	44	35	39
Divers	558			

L'analyse de cette distribution permet de procéder aux **constats** suivants :

- 34 % du total des unités de signification portent sur les représentations de rôles.
- 66 % du total des unités de signification portent sur le thème « divers ».

L'analyse qualitative des unités de signification du thème **divers** conduit à développer un nouveau **cadre de référence à opti que pédagogique** développé par M.N. BEAUCHESNE ⁽⁴⁾ et adapté par N. REYNES dans son travail de maîtrise « De l'appropriation du concept diagnostic infirmier par les soignants » ⁽⁵⁾.

Ce **cadre** décrit **les trois étapes** nécessaires à l'**appropriation d'un concept**, à savoir :

- l'intérêt,
- l'attribution d'un sens,
- l'analyse critique et la formalisation dans la pratique.

Selon M.N. BEAUCHESNE, la condition indispensable à l'appropriation est la confrontation du savoir théorique des uns avec l'expérience des autres (expériences elles-mêmes confrontées entre elles) ⁽⁶⁾.

La situation de formation, à savoir que toutes les personnes interrogées ont participé au séminaire d'initiation au diagnostic infirmier organisé par l'Association Catholique du Nursing, reproduit ce que développe cet auteur puisqu'il s'agit d'une situation qui permet la confrontation d'un savoir théorique sur le processus de soins infirmiers à un savoir expérientiel en soins infirmiers.

M.N. BEAUCHESNE décrit trois étapes nécessaires à l'appropriation, il s'agit de :

- l'intérêt,
- la découverte d'un sens,
- l'analyse critique et la formalisation dans la pratique.

4. BEAUCHESNE M.N., *La Formation, conditionnement OU appropriation*, Institut de Sociologie et de psychologie, Editions Université Libre de Bruxelles, 1985.

5. REYNES N., *De l'appropriation du concept « diagnostic infirmier » par les soignants, Mémoire présenté en vue de l'obtention d'une maîtrise des sciences et techniques de gestion de la formation des adultes, Université de Paris Dauphine, Département d'Éducation permanente, juin 1991, p. 52 à p. 67.*

6. REYNES N., *Les soignants s'approprient-ils le concept de diagnostic infirmier ? Actes de la première journée européenne des diagnostics infirmiers, Lille, 15 novembre 1991, Édition AFEDI, Belgique, Bruxelles, 39 pp., p. 2.*

III '3. L'intérêt

L'expérience du stagiaire éveille son intérêt... il le manifeste sous la forme des questions qu'il pose, des exemples qu'il donne, des associations qu'il fournit ⁽⁷⁾.

Certains doutes et résistances a priori peuvent surgir. Nous pourrions repérer cette étape chez les infirmier(ère)s de notre échantillon puisque ceux-ci (celles-ci) n'ont reçu que deux jours de formation et qu'ils (elles) semblent partagé(e)s entre l'attrait d'un savoir nouveau et les résistances a priori qu'il suscite.

III 2. La découverte d'un sens

Le stagiaire apprend à découvrir, à reconnaître, à vérifier, à expliquer... ce qu'il vit d'expérience.

L'expérience est intégrée, structurée de façon nouvelle, ce « travail de décantation » fait apparaître le plus souvent des résistances. Selon l'auteur, l'expérience n'est nullement transparente... chacun a ses catégories et sa façon d'y intégrer son expérience et c'est à travers ce filtre, qui lui est propre, qu'il la transmet.

Cette catégorisation de l'expérience... il en reçoit, de l'extérieur, les préstructures sous forme de stéréotypes, et d'idéologies qu'il intègre et fait siennes. L'expérience doit, pour être utilisable, être décantée, ce qui ne peut se faire facilement et explique en réaction les résistances ⁽⁸⁾.

En principe, cette phase de décantation devra être présente chez les personnes interrogées, puisque les interviews ont été réalisés plusieurs mois après leur passage au séminaire « Initiation au Diagnostic Infirmier ».

III 3. Analyse critique et formalisation dans la pratique

Le stagiaire procède à l'analyse critique de sa propre expérience... la voie s'ouvre à la formalisation.

M.N. BEAUCHESNE précise qu'il faut avoir eu accès à sa propre expérience, donc avoir traversé ses propres

7. BEAUCHESNE M.N., in REYNES N., op cit., p. 65.

8. BEAUCHESNE M.N., in REYNES N., op cit., p. 65.

LE DIAGNOSTIC INFIRMIER : UN ESPOIR POUR LA PROFESSION ?

filtres, pour franchir l'étape suivante : la loi générale abstraite, les concepts formels sont intégrés d'une manière qui permet au sujet de les reprendre à son propre compte ⁽⁹⁾.

Le schéma développé par M.N. BEAUCHESNE et adapté par N. REYNES est le suivant ⁽¹⁰⁾ (voir ci-dessous).

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DU GROUPE INFIRMIER(ÈRE)S / INFIRMIER(ÈRE)S-CHEFS

En ce qui concerne **les résultats** du groupe des **infirmier@& et des infirmier(ère)s-chefs**, cette étude montre :

1. L'écart entre les rôles **prescrits et les représentations** des rôles prescrits, joués, souhaités et attendus.
2. **Quelle étape du processus d'appropriation** d'un concept et en l'occurrence du concept diagnostic infirmier est atteinte par ce groupe.

9. BEAUCHESNE M.N., in REYNES N., op cit., p. 65.

10. REYNES N., op cit., p. 63.

3. Les autres **freins** mis en évidence.

- Cette étude montre l'**écart** entre les **rôles prescrits** et les **représentations des rôles prescrits**.

En effet, **peu** d'infirmier(ère)s décrivent leurs activités en termes de rôles, elles définissent plutôt leurs activités par une liste **énumérative de tâches**.

Celles-ci ont une **vision partielle** de leurs rôles prescrits par la loi.

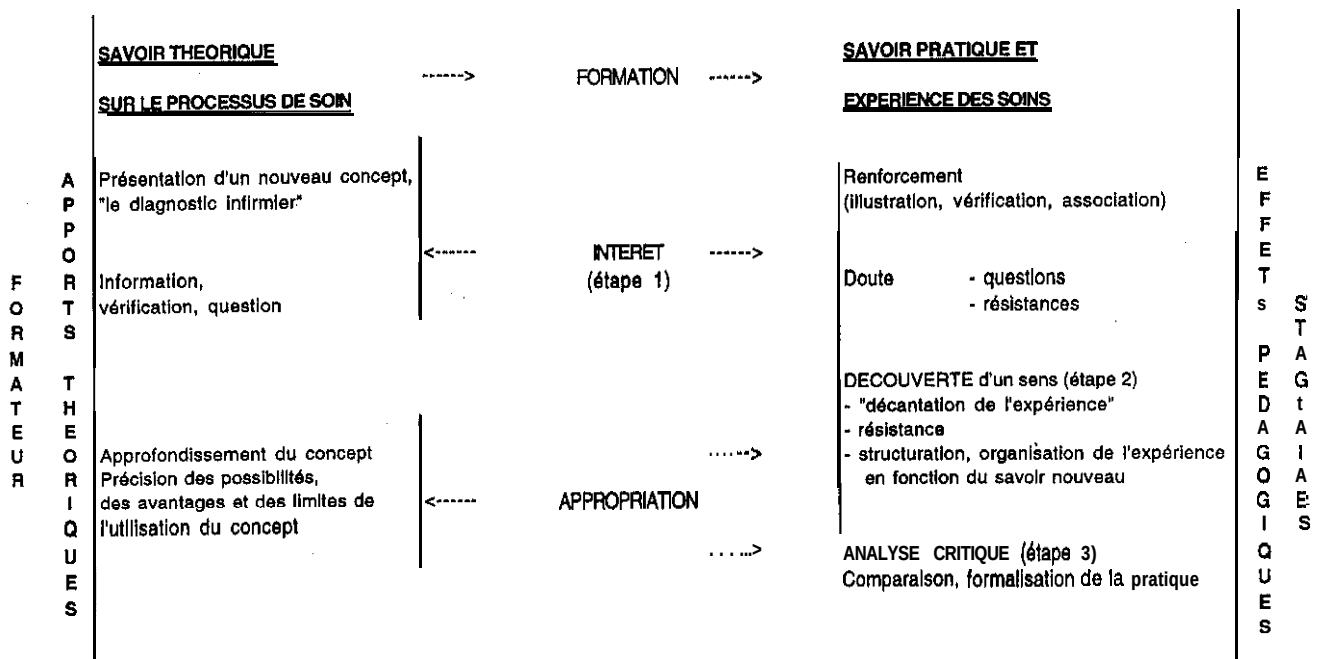
En effet, si l'exécution des prescriptions médicales et la collaboration avec le médecin semblent connues de tous, le champ d'activités spécifiques de l'infirmier(ère) se laisse appréhender de façon diverse par la moitié des personnes interrogées.

Le rôle indépendant de l'infirmier(ère) porte sur l'écoute du malade, le rôle éducatif, le rôle technique, voire la consécration au malade.

- Cette étude montre l'**écart** entre les **rôles prescrits** et les **représentations des rôles joués**.

En effet, les rôles joués se centrent essentiellement sur les **rôles dépendants et interdépendants** à savoir :

- l'exécution des prescriptions médicales, et la collaboration à l'établissement du diagnostic et du traitement.



Le **rôle indépendant** de l'infirmier(ère), quant à lui, n'est réalisé **que** dans **sa dimension technique**, à savoir :

les prestations techniques relevant des prescriptions infirmières.

- En ce qui concerne **les rôles souhaités**, la plupart des infirmier(ère)s et des infirmier(ère)s-chefs émettent le souhait de **poursuivre leurs activités actuelles** (rôle dépendant, rôle interdépendant et rôle indépendant dans sa dimension technique) en disposant de plus de **temps**, voire en augmentant les **normes de personnel**.

Elles souhaitent également pouvoir se réaliser dans leur **rôle relationnel**.

Et enfin, la moitié des personnes interrogées insistent sur la nécessité de mieux **connaître** leurs patients afin de répondre à leurs **besoins**.

- Pour ce qui est des **attentes des rôles**, les infirmier(ère)s et les infirmier(ère)s-chefs font apparaître **que le corps médical** s'intéresse peu au développement d'un **rôle indépendant** infirmier.

Cependant, une certaine **marge de liberté** leur est accordée, moyennant la **conservation des rôles joués** actuellement.

Deux d'entre elles évoquent en parlant de leurs pairs non seulement leur **méconnaissance** d'un rôle indépendant infirmier, mais également leur **absence de volonté** de développer ce rôle indépendant.

Etant donné qu'aucune question spécifique n'a été formulée sur les attentes de rôles des paramédicaux, des patients ou des auxiliaires de soins, la majorité des personnes interrogées n'a pas évoqué cette situation.

Faisant référence au **processus d'appropriation d'un concept**, les infirmier(ère)s et les infirmier(ère)s-chefs se situent à la **deuxième étape**.

L'**intérêt** porté à l'utilisation du diagnostic infirmier tourne autour de deux pôles : l'infirmière et le **patient**.

Les **bénéfices professionnels** décelés sont les possibilités :

d'utiliser un **vocabulaire précis**,
d'utiliser un **langage commun**,
d'affirmer la **spécificité de leur rôle**.

Or, **étrange paradoxe**, si les infirmier(ère)s trouvent dans le diagnostic infirmier l'opportunité de valoriser un champ d'activités spécifiques, elles **partagent ce**

langage avec toute l'équipe soignante (infirmier(ère)s, auxiliaires de soins, personnel paramédical et... les médecins).

Ce groupe n'a pas atteint la **troisième étape du processus d'appropriation d'un concept**, à savoir **l'analyse critique et la formalisation dans la pratique**.

En effet, **l'amélioration des services rendus** à la clientèle est envisagée de façon **diverse** : mieux-être du patient, systématisation dans l'identification des besoins du patient, augmentation de la relation patient-infirmier(ère),...

La **plupart** des personnes interrogées ne découvre pas dans le diagnostic infirmier l'opportunité **d'enrichir leurs connaissances ou leurs compétences**.

L'**apport** essentiel du diagnostic infirmier dans leur exercice professionnel semble être la **transparence de leurs activités** de par l'utilisation de l'écriture (et retranscription du vocabulaire précis au dossier infirmier, vocabulaire compris et connu de toute l'équipe soignante) et la structuration de la pensée (raisonnement diagnostique).

De plus, le personnel infirmier ne fait **pas le lien** entre l'utilisation du **diagnostic infirmier et une modification de leur pratique** professionnelle (système d'organisation des soins permettant une distribution des soins se rapprochant du nursing globalisé).

La perspective d'une intégration éventuelle du diagnostic infirmier dans l'exercice quotidien, suscite un grand nombre de réticences, essentiellement dues à **la lourdeur de la mise en application** qui réclame un **espace-temps**.

Or, les principaux rôles infirmiers joués actuellement laissent **peu de temps** libre pour un **apprentissage** du diagnostic infirmier. C'est pourquoi souvent les personnes interrogées y font allusion au travers du **nombre restreint de personnel** dans les unités de soins.

- D'autres freins sont également mis en évidence dont principalement :

- **la résistance au changement des infirmier(ère)s**,

l'absence d'un pré-requis indispensable : la démarche en soins infirmiers,

l'empressement des nouvelles diplômées à reléguer ce concept au rang des **oubliettes**,

- **la Crispation du corps médical** sur l'utilisation du terme « diagnostic ».

LE DIAGNOSTIC INFIRMIER : UN ESPOIR POUR LA PROFESSION ?

* **En résumé**, l'analyse et l'interprétation des résultats permettent de mettre en évidence pour le groupe des infirmier(ère)s et des infirmier(ère)s-chefs :

1. Définition des activités par une liste énumérative des tâches.
2. Représentation partielle des rôles et plus particulièrement du rôle indépendant infirmier.
3. Atteinte de la deuxième étape du processus d'appropriation d'un concept.
4. Résistance au changement.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DU GROUPE DES PERSONNES-RESSOURCES

En ce qui concerne le groupe des **personnes-ressources**, la majorité d'entre elles décrivent le champ d'activités de l'infirmier(ère) en termes de rôles ou de fonctions offrant ainsi **une vision globale des rôles prescrits** par la loi, tant en Belgique qu'à l'étranger.

Ce groupe souligne également l'écart entre les **rôles prescrits** et les rôles joués par l'infirmier(ère) dans le secteur hospitalier où le **rôle indépendant** de celle-ci, hormis son rôle technique, semble **délaissé**.

Ce groupe dénonce l'**obligation** pour les infirmier(ère)s de **définir**, aujourd'hui, le **soin** dit « infirmier ».

De plus, faisant référence au processus d'appropriation d'un concept, les personnes-ressources ont franchi les **trois étapes du processus**.

1. l'intérêt porté à l'utilisation du diagnostic infirmier s'exprime autour de deux pôles : **l'infirmier(ère) et le patient**

2. Différents bénéfices professionnels sont mis en évidence :

utilisation d'un **vocabulaire précis**,

- utilisation d'un langage commun,
- augmentation de **la recherche infirmière**,
- informatisation des **plans de soins**,

uniformisation et **standardisation** des actions infirmières

valorisation d'un **rôle propre**.

3. Si tous soulignent l'importance de valoriser le rôle propre de l'infirmier(ère) et d'affirmer la spécificité du

soin infirmier, tous s'accordent à dire que le diagnostic infirmier ne peut **prétendre à lui seul** de rendre compte de **la spécificité du soin infirmier**.

4. Le diagnostic infirmier fait de plus l'objet de diverses critiques :

4.1. Le langage

Le diagnostic infirmier, en épousant le langage utilisé dans le discours médical, n'est peut-être pas le moyen pertinent pour se faire entendre d'une part, et d'autre part de rendre compte de la spécificité du savoir infirmier.

4.2. Le principe de totalité

Le savoir infirmier ne peut être réduit au diagnostic infirmier.

4.3. L'approche réductrice et simplificatrice d'une situation de soins qui est par définition complexe et singulière.

4.4. Le discours corporatiste associé.

4.5. L'enjeu des soins de santé sera l'approche pluri-professionnelle centrée sur le « prendre soin du sujet » : corps et être parlant, habité par la maladie, être singulier par définition.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

1. Par rapport au contenu

Cette étude débouche sur l'identification de six freins à l'appropriation du diagnostic infirmier :

1. En ce qui concerne les représentations de rôles : la plupart du personnel infirmier interrogé ne décrit pas ses activités en termes de rôles. Il illustre ses activités par une liste énumérative de tâches.

2. Des écarts, principalement dans la représentation du rôle infirmier indépendant, peuvent être relevés pour le groupe des infirmier(ère)s et infirmier(ère)s-chefs :

2.1. les rôles prescrits et les représentations des rôles prescrits ;

2.2. les rôles prescrits et les représentations des rôles joués ;

2.3. les rôles prescrits et les représentations des rôles souhaités ;

2.4. les rôles prescrits et les représentations des attentes des rôles des pairs et du corps médical.

3. Le groupe des infirmier(ère)s et infirmier(ère)s-chefs se situe en terme d'apprentissage à l'étape 2 du processus d'appropriation du concept diagnostic infirmier.

4. Le groupe des infirmier(ère)s et infirmier(ère)s-chefs met en exergue un frein à l'appropriation du diagnostic infirmier par leurs pairs, à savoir la résistance au changement.

2. Par rapport aux hypothèses

Cette étude confirme l'hypothèse générale selon laquelle le diagnostic infirmier comporte des freins à son appropriation et infirme les hypothèses sous-tendant l'hypothèse générale.

En effet, aucune des variables (fonction, ancienneté professionnelle, projet institutionnel ou formation complémentaire) n'a influencé les résultats.

3. Par rapport à la méthodologie

Cette discussion porte essentiellement sur les limites de cette étude.

LIMITES

Les principales limites de ce travail peuvent être synthétisées en deux points :

— Les résultats obtenus ne sont valables que pour les personnes que nous avons retenues, impliquant une restriction à la portée des résultats. Ceci étant dû à la petite taille de l'échantillon.

— Le choix de la population de référence définitive (excluant certaines catégories de personnel), le choix de l'outil de recueil de données et son utilisation ainsi que le mode de traitement des données sont autant de facteurs à prendre en considération dans la constitution des limites de ce travail.

En effet, en ce qui concerne l'outil de recueil de données, on peut retenir que l'entretien dans les sciences sociales est un paradoxe :

l'outil irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique est irremplaçable pour accéder à des connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste (11).

En ce qui concerne le mode de traitement des données, idéalement la validité et l'objectivité du système de classement des données auraient dû être vérifiées par un autre analyste.

Cette démarche dépasse les limites de ce travail.

IMPLICATIONS PRATIQUES

Il semblerait néanmoins intéressant d'appliquer le modèle de cette démarche

1. sur la population de référence de départ,
2. dans toute institution de soins ayant le projet d'introduire le diagnostic infirmier au sein de celle-ci,
3. aux jeunes diplômées ayant reçu dans le cadre de leur formation de base en soins infirmiers une formation au diagnostic infirmier,
4. aux différents partenaires de l'équipe soignante (dont le personnel paramédical et... médical (?)).

Ces éléments sont susceptibles d'apporter des informations complémentaires et permettraient éventuellement de procéder à une généralisation des résultats.

Cette étude met de plus en exergue la nécessaire élaboration d'une stratégie d'apprentissage du diagnostic infirmier.

Et enfin, ce travail met en évidence qu'il est nécessaire et urgent de réfléchir à la notion du projet de soins dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire où chacun œuvre avec sa qualification et sa contribution spécifique à prendre soin d'un patient qui « vit » une situation particulière, la multidisciplinarité étant une « affaire de complicité entre partenaires qui apprennent à se connaître, à se faire respecter et à se faire confiance », chacun dans sa singularité (12).

11. BLANCHET A. & AL., *L'entretien dans les sciences sociales*, Edition Bordas, Collection Dunod, 1985, 290 pp., p. 8.

12. DUSSAULT G., in GOSSELIN, J., *Le défi des identités professionnelles, défi majeur de l'hôpital*, Conférence inaugurale du 28^e cycle de perfectionnement en sciences hospitalières, ESP, UCL, 30 octobre 1992, 19 pp.

EN CONCLUSION

Cette étude permet de mettre en évidence des freins à l'appropriation du diagnostic infirmier, principalement en termes de représentations déficientes des rôles infirmiers et plus particulièrement du rôle infirmier indépendant.

On retiendra également les critiques formulées par le groupe des personnes-ressources :

— l'utilisation du langage du commandeur (médecin) et les dangers associés (langage moins puissant) ;

— le discours corporatiste ;

— le principe de totalité ;

— l'approche réductrice et simplificatrice d'une situation de soins ;

— l'enjeu des soins de santé est de réaliser une démarche pluriprofessionnelle centrée sur le « prendre soin » du sujet en effectuant davantage ce lien entre le malade et la maladie, ce lien n'étant pas la réserve exclusive de l'infirmier(ère).

Puisse cette étude apporter une modeste contribution au développement d'une réflexion centrée sur le diagnostic infirmier pour que l'art infirmier soit et reste un art de soigner, soit et reste un acte de vie !

Soigner, c'est permettre à tout ce qui reste de vie de s'exprimer encore ⁽¹³⁾.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

ADAM E., *Etre infirmière*, Edition Etudes Vivantes, 3^e édition, Canada, 1991, 151 pp.

ALFARO R., *Démarche de soins, mode d'emploi*, Editions Lamarre, France, 1990, 252 pp.

13. COLLIÈRE M.F., Dilemme de l'exercice de la profession infirmière, *L'infirmière* magazine n° 42, septembre 1990, Dossier 33, pp: à pp.XVI, p.xv.

ANADI, *Diagnostics infirmiers, définition et classification*, Inter Editions, France, 1994, 198 pp.

BALAHOSZKY M., *De Claparède à Piaget, nouvelles perspectives d'enseignement du processus de soins infirmiers*, Ecole Supérieure d'Enseignement infirmier de la Croix Rouge suisse, Université de Webster, Lausanne, février 1994, 31 pp.

BARDIN L., *L'analyse de contenu*, Editions PUF, Paris, 1977, 233 pp.

BEAUCHESNE M.N., *La formation, conditionnement ou appropriation*, Institut de Sociologie et de Psychologie, Editions Université Libre de Bruxelles, 1985.

BLANCHET A. et al., *L'entretien dans les sciences sociales*, Edition Bordas, Paris, 1985, 230 pp.

CARPENITO L.J., *Diagnostic infirmier, du concept à la pratique clinique*, Editions MEDSI Mc Graw Hill, Paris, 1980, 898 pp.

CASENEUVE J., *Dix grandes notions de la sociologie*, collection Point, Seuil, 1976, pp. 135 à pp. 147.

CLÉMENT J.M., *Les pouvoirs à l'hôpital*, Editions Berger Levrault, France, 1976, pp. 181.

COLLIÈRE M.F., *Promouvoir la vie*, Inter Editions, Paris, 1982, 391 pp.

CONSEIL I., *La personnalité d'infirmière*, Editions Lamarre, 1980, 158 pp.

DARRAS E., *Etude sociologique du rôle infirmier en hôpital général*, Thèse de doctorat en santé publique, 1987, UCL, 268 pp.

DELAY J., PICHOT P., *Abrégé de psychologie*, Editions Massion et Cie, Paris, 1963, pp. 403 à pp. 411.

FREIDSON E., *La profession médicale*, Editions Payot, Paris, 1984, 369 pp.

GEORGES B., *Le vécu des personnes âgées hospitalisées*, Mémoire de Licence en Sciences Hospitalières, Ecole de Santé Publique, UCL, 1990, 125 pp.

COFFMAN E., in DEUTSCH M., KRAUS R.M., *Les théories en psychologie sociale*, Editions Mouton, Paris, 1972, 270 pp., pp. 131 à pp. 255.

GONNET F., *L'hôpital en question(s)*, Editions Lamarre, Paris, 1981, 359 pp.

CORDON M., *Diagnostic infirmier, méthodes et applications*, Editions MEDSI Mc Graw Hill, Paris, 1991, 583 pp.

HUBERMAN A.M., MILES B.M., *Analyse des données qualitatives*, Editions de Bœck Université, 1991, 480 pp.

KNIBIEHLER, *Cornettes et blouses blanches*, Editions Hachette, Paris, 1984, 362 pp.

Dictionnaire Larousse, Editions Larousse, Paris, 1965, trois volumes, volume 1, 1 051 pp.

MAGNON R., *Le service infirmier ces trente dernières années*, Editions Le Centurion, Paris, 1982, 190 pp.

MAISONNEUVE J., *Introduction à la psychosociologie*, Edition PUF, Paris, 1975, pp. 70 à pp. 83.

MENDRAS H., *Eléments de sociologie*, Editions Armand Colin, Paris, pp. 77 à pp. 89.

MINZBERG G., *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation, Paris, 1990, 541 pp.

MUCCHIELLI R., *L'analyse de contenu des documents et des communications*, Collection Formation Permanente en sciences humaines, France, 1991, 178 pp.

NADOT M., *Des médiologues de la santé à Fribourg ?*, Thèse de doctorat en Sciences de l'Education, Université de Lyon, Institut des Sciences et Pratiques d'Education et de Formation, Département Sciences de l'Education, 23 janvier 1993, 589 pp.

PHANEUF M., GRONDIN L., *Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'infirmier(ère)*, Editions Maloine, France, 1994, 900 pp.

PIEL J., *Introduction à la sociologie*, Editions CIACO, UCL, Louvain-la-Neuve, 1986-1987, 164 pp.

POLET-MASSET A.M., *Passeport pour l'autonomie*, Editions Lamarre, Paris, 128 pp.

REYNES N., *De l'appropriation du concept « diagnostic infirmier » par les soignants*, Mémoire présenté en vue de l'obtention d'une maîtrise des sciences et techniques de gestion de la formation des adultes, Université de Paris Dauphine, Département d'Education Permanente, juin 1991, pp. 52 à pp. 67.

REYNES N., *Les soignants s'approprient-ils le concept de diagnostic infirmier ?*, Actes de la première journée européenne des diagnostics infirmiers, Lille, 15 novembre 1991, Editions AFEDI, Belgique, Bruxelles, 39 pp.

ROCHEBLAVE-SPENLE, *La notion de rôle en psychologie sociale*, Presses Universitaires de France, 1969, 534 pp.

SAINSAULIEU R., *L'identité de travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1988, 295 pp.

ST AMOUR C., DESCROSEILLERS F., RICHARD M., *Engagement professionnel, un processus de socialisation en soins infirmiers*, Editions Decarie, Québec, 1987, 217 pp.

STINCLHAMBER B., *Infirmière, Genèse et réalité d'une profession*, Editions De Bœck, Bruxelles, 1991, 291 pp.

SYLVAIN H., *Soins infirmiers, apprendre à mieux diagnostiquer*, Editions Maloine, 1994, 149 pp.

TAYLOR C., SPARKS S., *Diagnostics infirmiers*, Editions Maloine, Paris, 1992, 336 pp.

THINES G., LEMPEREUR A., *Dictionnaire général des sciences humaines*, Editions Universitaires, France, Paris, 1975, 1 034 pp.

WALTER B., *Le savoir infirmier*, Editions Lamarre-Poinat, France, 1990, 275 pp.

Revues

AFEDI, *Actes de la première journée européenne des Diagnostics infirmiers*, novembre 1991, 39 pp.

ASPINAL M.J., *Nursing Diagnosis - The Weak Link*, *Nursing Outlook*, vol. 24, n° 27, july 1976, pp. 433 à pp. 437.

AUBRY F., VIOLET M., *Enseigner les diagnostics infirmiers*, *L'infirmière enseignante*, n° 3, mars 1990, pp. 13 à pp. 14.

BAILY J.H., *Analyse des besoins en formation du personnel infirmier en réanimation*, Mémoire de Licence en Sciences Médico-sociales et Hospitalières, Ecole de Santé Publique, UCL, 1993, 206 pp.

BAL-CRAQUIN M.T., *Diagnostic infirmier : les médecins ont peur !*, *L'infirmière magazine*, n° 13, février 1988, pp. 17 à pp. 18.

BAREAU P., *Gérer la crise*, *L'infirmière enseignante*, n° 5, 1988, p. 3.

BERNARDY M.A., *Jugement clinique et prise de décision, le futur avec le diagnostic infirmier*, *FNIB Info*, n° 4, juillet-août 1990, pp. 4 à pp. 7.

BOISVERT C., *Le diagnostic infirmier, le passé, le présent, l'avenir*, *L'infirmière enseignante*, n° 10, décembre 1990, pp. 4 à pp. 7.

LE DIAGNOSTIC INFIRMIER : UN ESPOIR POUR LA PROFESSION ?

BOISVERT C., DUBOYS-FRENEY C., *Concepts et enjeux internationaux du diagnostic infirmier*, Objectifs soins, n° 7, novembre 1992, pp. 23 à pp. 35.

BOUCHAT M., CADISSEUX A.F., HANS S., *Formation permanente ?...* Travail présenté dans le cadre des séminaires de première licence en sciences médico-sociales et hospitalières, ESP, UCL, juin 1988, 64 pp.

BRECHBUHLER M., *Passer à l'acte*, Soins infirmiers, avril 1988, pp. 61 à pp. 64.

CAISSIE M.M., *Le diagnostic infirmier: son fondement réside dans un modèle conceptuel*, L'infirmière canadienne, septembre 1985, pp. 30 à pp. 32.

CARPENITO L., *Is the problem a nursing diagnosis ?*, American Journal of Nursing, November 1984, pp. 1418 à pp. 1419.

CAUQUIL G., *L'inconscient économique*, L'infirmière enseignante, n° 5, 1988, pp. 8 à pp. 10.

CHALMERS K., FARREL P., *Lifestyle Counselling : the need for diagnostic clarity*, Journal of Advanced Nursing, n° 10, 1985, pp. 311 à 313.

CIL, *Les soins infirmiers aujourd'hui et demain : faire face à l'avenir avec imagination et courage*, Soins infirmiers, n° 2, 1986, pp. 39 à pp. 43.

COLLIÈRE M.F., *Dilemmes de l'exercice de la profession infirmière*, L'infirmière magazine, n° 42, septembre 1990, Dossier 33, pp. I à pp. XVI.

CARDOSO L.P., *Les soins infirmiers sont-ils malades ?*, Soins infirmiers, juin 1989, pp. 23 à pp. 25.

CRETENET D., *Un service de soins au quotidien*, Soins infirmiers, avril 1988, pp. 54 à pp. 56.

DELBEKE B., *Orientations actuelles des recherches sur le diagnostic infirmier*, Info-Nursing, dossier n° 1, septembre 1990, pp. 9 à pp. 12.

DELBEKE B., *Diagnostics et prescriptions des soins infirmiers spécifiques*, Soins, n° 533, février 1990, pp. 53 à pp. 55.

DELBEKE B., *Diagnostics infirmiers, promotion de l'hygiène hospitalière*, Soins chirurgie, n° 105, novembre 1989, pp. 37 à 40.

DELBEKE B., *Diagnostics infirmiers et promotion de l'hygiène hospitalière*, Bulletin d'information de l'ABHH, vol. XI, n° 3, 1989, pp. 40 à pp. 44.

DE KERVASDOUE J., *La gestion des services de santé*, L'infirmière enseignante, n° 5, 1988, pp. 19 à pp. 20.

DE ROODENBEKE *La mutation du système hospitalier*, L'infirmière enseignante, n° 5, 1988, pp. 11 à pp. 14.

D'HOORE W., WATELET M., MASSION J., *Etude de marché de l'emploi des infirmières diplômées en sciences hospitalières et médico-sociales dans les secteurs hospitalier et enseignant*, Louvain Médical, vol. 108, 1989, pp. 507 à pp. 514.

ELCER M., *Le conflit infirmier : conflit structurel, conflit psychologique*, Soins, n° 533, février 1990, pp. 43 à pp. 52.

FONTAINE F., KIELY C.M., *Le burn-out : l'âme en deuil de son idéal*, Nursing Québec, vol. 8, n° 5, septembre-octobre 1988, pp. 18 à pp. 24.

FORESTIER M.A., *L'ensemble de la démarche de soins infirmiers et rôle propre infirmier: une nouvelle formation idéologique ?*, L'infirmière enseignante, n° 1, janvier 1991, pp. 6 à pp. 12.

GOSSELIN J., *Le défi des identités professionnelles, défi majeur de l'hôpital*, Conférence inaugurale du 28^e cycle de perfectionnement en sciences hospitalières, ESP, UCL, 30 octobre 1992, 19 pp.

GRENIER R., *Le diagnostic infirmier*, L'infirmière canadienne, novembre 1994, pp. 19 à pp. 21.

GUZZETA C.E., DOSSEY B.M., *Diagnosis in critical care. Nursing Diagnosis, Framework, Process and Problems*, Heart and Lung, May 1983, vol. 12, n° 3, pp. 281 à pp. 291.

HANS S., *Le statut professionnel de l'infirmier(ère) en Belgique*, Conférence organisée par l'ACN, juin 1993.

HESBEEN W., *Réflexion sur le soin infirmier*, Gestions Hospitalières, n° 323, février 1993, pp. 123 à pp. 127.

JONES J.A., *Clinical reasoning in nursing*, Journal of Advanced nursing, 1988, vol. 13, pp. 185 à pp. 192.

KETEFIAN S., *Professional and bureautic role conceptions and moral behavior among nurses*, Nursing Research, vol. 34, n° 4, pp. 248 à pp. 253.

LAFORTUNE S., GLORANT F., *Nursing diagnosis in cancer chemotherapy*, American Journal of Nursing, novembre 1981, pp. 2014 à pp. 2017.

LAMBERT A., *Apport des diagnostics infirmiers dans la prise en charge des patients atteints de SIDA*, L'infirmière enseignante, n° 3, mars 1991, pp. 16 à pp. 19.

LAMBERT C., *Le diagnostic infirmier: un bienfait ou un méfait*, L'infirmière canadienne, août 1985, pp. 17 à pp. 19.

- LAUVIN G., Sans *distraction, veiller sur son territoire*, L'infirmière canadienne, Juin 1985, p.6.
- LEBRUN J.P., **Monde médical et monde infirmier : une conjugalité obligée**, Cahiers de psychologie clinique, 1994/2, pp.181 à pp.194.
- LEBRUN T., SAILLY J.C., La **santé dans un monde en mutation. Le point de vue d'économistes de la santé**, L'infirmière enseignante, n° 5, 1988, pp. 4 à pp. 7.
- LOIZIC M., **De la démarche de soins au diagnostic infirmier, vers le projet infirmier ?**, L'infirmière enseignante, n° 2, février 1991, pp. 4 à pp. 10.
- MAGNON R., **Peut-on parler ou non de diagnostic infirmier ?**, Soins, n° 5, mars 1978, pp. 33 à pp. 37.
- MALHERBE J.F., in COOPMAN C., **L'autonomie du professionnel**, article inédit, 1993.
- MICHELAT G., Sur l'utilisation de l'entretien non directif en **sociologie**, Revue française sociologique, XVI, 1975, pp. 229 à pp. 247.
- MOREAU D., **Le diagnostic infirmier au secours de la profession : erreur ou espoir ?**, L'infirmière enseignante, n° 10, décembre 1990, pp.11 à pp. 25.
- MARROW H., **Les infirmières, la profession infirmière et les femmes**, Chronique OMS, vol. 40, n° 6, 1986, pp. 235 à pp. 241.
- NADOT M., **Deux processus pour une même cause**, revue Soins Infirmiers, avril 1989, pp.64 à pp. 71.
- NADOT M., Une « **médiologie** » de la **santé comme science**, Cahiers de l'ARSI, n° 30, septembre 1992, pp.27 à pp.36.
- NEWMAN M., *Looking at the whole*, American Journal of Nursing, December 1994, pp. 1496 à pp. 1499.
- NIZARD G., **De l'identité autistique à la reconnaissance identitaire**, Gestions Hospitalières, n° 303, février 1991, pp.158 à pp. 166.
- PAYCHENC O., Sciences **infirmières et diagnostic infirmier**, L'infirmière enseignante, n° 1, janvier 1991, pp. 20 à pp. 25.
- PEGON M., **Et si on faisait un peu d'histoire en soins infirmiers ?**, Revue Soins, n° 4931494, janvier 1987, pp. 52 à pp. 54.
- RAZER J., **La gestion du personnel, nouveaux points de repère**, L'infirmière enseignante, n° 5, 1988, pp. 21 à pp. 28.
- RENDERS X., **L'autonomie de l'enfant : une construction subtile**, Journal Le Ligueur, 23 juin 1993, pp. 8 à pp. 9.
- RIOPELLE L., Diagnostic infirmier : un mythe ou une réalité ?, L'infirmière enseignante, n° 10, décembre 1990, pp. 8 à pp. 10.
- ROBICHAUD S., **Orem en médecine-chirurgie**, L'infirmière canadienne, mai 1990, pp. 42 à pp.47.
- SABA V., RAHAL L., SCHMOUTH-VALOIS D., **Diagnostic infirmier, une application pédagogique**, L'infirmière canadienne, octobre 1985, pp. 18 à pp.19.
- SARROUILLHE R., **Du diagnostic infirmier à un principe d'orientation** au plan de soin, L'infirmière enseignante, n° 9, 1987, pp. 10 à pp. 14.
- SCHWEYER F.X., **Capital social et valeur humaine de la profession infirmière**, Objectifs soins, septembre 1992, n° 5, pp. 50 à pp. 51.
- SHAWER J., **High touch nursing in a high tech world**, The Canadian nurse, May 1986, pp. 16 à pp. 19.
- STINCLHAMBER B., **Autonomie professionnelle... où en sommes-nous ?**, Info Nursing, n° 3, Editions Association Catholique du Nursing, mai-juin 1993, pp. 9 à pp. 11.
- TAELS J., VANSCHOOR M., l'introduction **du diagnostic infirmier de la douleur aiguë et chronique, une aventure d'équipe...**, travail de fin d'études du certificat d'infirmière clinicienne, CPSI-ISN-ESP de l'UCL, 275 pp., pp. 41 à pp. 50.
- TAYLOR S., **The structure of nursing diagnosis from Orem's Theory**, Nursing science Quarterly, 4 : 1, Spring 1991, pp. 24 à pp. 32.
- VOLCKRICK M.E., L'hôpital **comme** lien social : une **mystification ?**, Cahiers du GRASI, n° 11, Bruxelles, mai 1993, 144 pp., pp. 1 à pp. 16.
- WEBER D., **Glissement de rôles, rôles paradoxaux, identités professionnelles**, Gestion Hospitalière, n° 303, février 1991, pp. 167 à pp.169.